Ärztliche Bescheinigung

zum Antrag auf Erteilung der
Berufserlaubnis / Approbation nach § 10 BÄO / § 3 BÄO

____
(Vor- und Zuname)

____
(geb. am) (in)

wurde von mir am ____________ ärztlich untersucht.

Es liegen keine Anhaltspunkte vor, dass der/die oben Genannte in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes ungeeignet ist.

Unterschrift und Stempel des Arztes